8

21

Ehlba

1888-89

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI 8 MAI, A 1 HEURE

Par le Dr A. THIBAULT

NÉ A ANGERS, LE 2 JUIN 1859

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

(LA SALPÊTRIÈRE — HOPITAL SAINT-LOUIS — ENFANTS-MALADES)

OBSERVATIONS CLINIQUES

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA

PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE

DE DARIER

AFFECTION CUTANÉE NON DÉCRITE, OU COMPRISE DANS LE GROUPE DES ACNÉS SÉBACÉES, CORNÉES, HYPERTROPHIANTES, ETC.

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges { M. HAYEM, professeur.
MM. JOFFROY et A. ROBIN, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1889

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions é dans les dissertations qui luiseront présentées, doivent être considérées comme pro leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON ONCLE
M. LE DOCTEUR LAUNAY (DU HAVRE)
FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

INTRODUCTION

Pendant l'année 1888, il s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Ernest Besnier, dont nous avions l'honneur d'être l'interne, un malade atteint d'une affection curieuse par son aspect et sa généralisation, aussi difficile à dénommer qu'à classer. Cet individu n'était pas tout à fait inconnu à Saint-Louis, puisqu'il avait déjà été soigné par M. Ollivier en 1880, puis par M. Lailler en 1886, mais l'affection s'était profondément modifiée depuis son premier séjour à l'hôpital.

Les lésions, par leur étendue, leur morphologie, leur topographie, formaient un type clinique assez frappant Aucun des médecins de Saint-Louis ne se rappelait avoir vu, à l'exception de ce cas, une affection analogue. Mais si l'on se reportait à la thèse de doctorat de M. le docteur Lutz (1), professeur agrégé à la Faculté de médecine, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, on trouvait la description remarquable d'un cas absolument semblable, que les dermatologistes avaient pu observer à Saint-Louis en 1859.

(1) Lutz. — *Hypertrophie générale du système sébacé,* Paris, 1860.

Dans le cours de la même année 1888, une femme atteinte de la même affection, mais à un degré moins marqué, fut traitée dans le service de M. Hallopeau, puis dans les salles de M. le professeur Fournier. Son observation recueillie par M. Delansorne, externe du service, fut rédigée par M. Darier. Nous la devons à l'obligeance du savant chef du laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.

C'est d'après ces trois faits que nous allons tenter d'établir la description clinique de l'affection.

Cette étude n'aurait présenté qu'un intérêt secondaire, puisque la nature de la maladie restait inconnue ; mais, tout récemment (*Société de Biologie* du 25 mars 1889 au 13 avril 1889), M. Darier vient de publier le résultat de ses recherches histologiques sur ces lésions : il a remarquablement élucidé la question, en démontrant que l'affection dont il s'agit est due à la présence dans l'épiderme des follicules pilo-sébacés de psorospermies ou coccidies, c'est-à-dire, d'animaux inférieurs de la classe des sporozoaires. Il propose de la nommer psorospermose folliculaire végétante, à cause de sa nature parasitaire, à cause aussi des altérations qu'il a constatées au niveau du follicule pilo-sébacé.

Nous devions réunir notre travail clinique à ces recherches microscopiques, et faire ensemble un mémoire sur cette question, dans les *Annales de Dermatologie;* mais des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont forcé à hâter la fin de notre internat et à publier plus tôt la part qui nous revenait dans cette étude : notre travail sera scindé et la partie histologique

sera l'objet d'un mémoire de M. Darier dans les *Annales de Dermatologie.*

Il nous eût été difficile de mener à bien notre tâche sans les excellents conseils de M. le docteur Ernest Besnier. Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte de remercier publiquement notre savant maître de Saint-Louis, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant l'année trop courte que nous avons passée dans son service.

Nous remercions M. J. Voisin, notre maître pendant notre année d'internat à la Salpêtrière, de l'affectueuse sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Les quelques mois que nous venons de passer près de M. Ollivier, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous font regretter de quitter trop tôt un maître si attaché à son enseignement et si dévoué à ses élèves.

Nous devons des remercîments tout particuliers à M. Hanot : nous n'oublierons jamais notre année d'externat à Tenon, nous n'oublierons jamais non plus le bienveillant appui et les excellents conseils qu'il nous a toujours donnés.

Que nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. Lucas-Championnière, Horteloup, Polaillon, Doléris, Ballet et Merklen veuillent bien agréer l'assurance de notre reconnaissance. Nous n'oublions pas nos maîtres de l'école d'Angers, et particulièrement MM. Bahuaud, Dezanneau, Douet, Farge, Feillé et Gripat, qui, après nous avoir prodigué leurs leçons à Angers, nous ont continué leurs conseils et leur appui à Paris.

Nous devons remercier tout spécialement M. Darier,

pour l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué le résultat de ses recherches sur notre sujet.

M. le professeur Fournier nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

Historique

L'histoire de l'affection que nous étudions date de ces dernières années. Nous avons signalé la thèse de M. Lutz (1). Nous avons indiqué aussi les découvertes de M. Darier (2), qui permettent d'envisager cette affection dans un jour nouveau. Les recherches que nous avons faites dans la littérature étrangère ne nous ont pas permis de découvrir un cas analogue.

Lebert (3), Erasmus Wilson (4), Elliott (5), ont décrit sous le nom d'Ichtyose sébacée une affection qui a quelque rapport avec la nôtre. Neely (6) donne un cas de Keratose pilaire. Enfin Lesser (7) publie une observation d'Ichtyose folliculaire.

Ces cas ne semblent pas parfaitement comparables à ceux que nous rapportons. Nous les discuterons d'ailleurs au diagnostic. Leur interprétation sera facilitée par la lecture de la description de la maladie.

(1) Lutz. — *Hypertrophie générale du système sébacé.* Th. Doctorat, Paris, 1860.

(2) Darier. — *Comptes rendus hebdomadaires de la Société de Biologie. De la Psorospermose*, nos 12 et 15.

(3) Lebert. — *Uber Keratose*, Breslau, 1864.

(4) Erasmus Wilson. — *Lectures on Dermatology*, 1874, p. 123.

(5) Elliott. — *New-York medical Record*, 1886, p. 64.

(6) Neely. — *Journal of cutaneous diseases*, april 1888, p. 128.

(7) Lesser. — *Ziemssen's Handbuch der Hautkrankeiten*, erste Hälfte, p. 477.

Étiologie et anatomie pathologique

L'affection que nous étudions n'est pas fréquente, puisque nous n'avons pu en réunir que trois cas.

L'influence du *sexe* ne semble pas agir sur son développement.

La *profession* ne paraît pas avoir eu de rapport avec l'apparition de cette affection venue du dehors : une de nos malades était domestique : des deux hommes, l'un était relieur, l'autre coiffeur.

C'est dans l'âge adulte que la lésion cutanée s'est manifestée chez les trois malades. Au moment du début, ces individus avaient dix-huit, vingt-sept et trente-trois ans.

Cette affection paraissait inexplicable jusqu'à ces derniers temps ; il n'en est plus de même depuis les recherches de M. Darier.

Quoique notre étude soit faite à un point de vue purement clinique, nous croyons devoir, pour l'intelligence du sujet, rapporter en quelques mots les principaux points des communications de M. Darier, de M. Malassez à la société de Biologie.

On trouvera l'exposé complet des communications dans les *Comptes rendus hebdomadaires de la société de Biologie* des réunions du *23 mars, 13 avril*, *n°s 12 et 15 de 1889.*

Voici en quels termes s'exprime M. Darier à la société de Biologie, le 23 mars : « Sur des coupes de fragments

de peau excisés (il s'agit des végétations prises sur notre malade), on constate que la lésion siège presque exclusivement dans la région du col du follicule, dont les parois ont, comme on le sait, la même structure que l'épiderme. Aux points les moins atteints, on trouve, seulement dans la couche de Malpighi, parfaitement normale d'ailleurs, quelques corps arrondis qui se sont creusé une cavité au milieu des cellules épithéliales. Ces corps sont entourés d'une membrane réfringente à double contour très évident, qui leur donne un peu l'apparence de cellules de cartilage; ils ont un protoplasma granuleux qui remplit parfois incomplètement la membrane et qui renferme un noyau nucléolé. L'examen des préparations obtenues par dissociation permet de s'assurer que ces corps sont situés dans l'intérieur même des cellules épithéliales dont ils refoulent le noyau. Au-dessus, au niveau de la couche cornée, ces corps subissent un retrait, une sorte de condensation qui les transforme en petits grains très durs et très réfringents, au milieu desquels il est encore possible de déceler un noyau. Les cellules épithéliales intermédiaires se kératinisent en conservant le moule en creux de ces grains.

« De quelle nature sont ces corps ? On ne saurait, en aucune façon, y voir des éléments épithéliaux normaux ou dégénérés. Leur distribution au sein des couches épithéliales, leur siège intracellulaire, leur structure et leur coloration spéciale évoquaient l'idée de parasites. M. Malassez, à qui j'ai soumis mes préparations, fit le rapprochement de ces organismes avec les sporozoaires qui

causent la maladie dite psorospermie du lapin et qui siégeant dans les voies biliaires de cet animal, y provoquent la formation de kystes à parois végétantes. Il a observé des parasites analogues dans certaines tumeurs épithéliales du maxillaire chez l'homme. M. le professeur Balbiani, qui a eu l'obligeance de contrôler mes résultats, a confirmé qu'il s'agissait bien réellement de coccidies. »

« Il me reste à indiquer brièvement les réactions que ces parasites provoquent du côté des tissus. Quand leur nombre augmente, les grains résultant de leur condensation s'accumulent dans le col du follicule, le dilatent en l'évasant, de sorte que son orifice prend la forme d'une cupule; du fond de celle-ci s'élève, comme une petite corne, l'amas cohérent des graisses mêlées à des cellules kératinisées. La partie profonde du follicule pileux et la glande sébacée restent tout à fait sains, mais les parois de la cupule deviennent le siège de végétations papillomateuses dues à des bourgeons conjonctifs qui pénètrent dans l'épiderme, tandis que celui-ci bourgeonne en sens inverse. Sur la coupe de follicules depuis longtemps malades et qui font une saillie considérable, on voit que la tumeur est entièrement due à l'accroissement de la végétation qui entoure le follicule comme un rempart. Ces lésions sont évidemment secondaires à la présence des psorospermies dans l'épiderme qui constitue le fait primordial dans cette maladie. »

M. Darier fait remarquer aussi que le Molluscum contagiosum de Bateman a été attribué par Virchow,

par Bollinger, puis Neisser, à des parasites de même ordre et que la psorospermose ne serait pas sans analogie dans la pathologie cutanée de l'homme; mais pour lui, vraisemblablement, les parasites de cette affection appartiennent à une espèce différente.

M. Malassez, à la même séance, dit que, depuis longtemps déjà, cherchant si les tumeurs étaient parasitaires, il avait remarqué, dans un grand nombre de tumeurs épithéliales, principalement au milieu des masses épithéliales, des corps cellulaires, les uns granuleux, les autres plus ou moins réfringents, les uns nus, les autres comme encapsulés, les uns nucléés, les autres sans noyau apparent, et qui présentaient certaines analogies avec ceux qu'il trouvait dans les foies de lapins et de rats injectés de psorospermies. Mais, sauf dans un cas de cancer récidivé du maxillaire, il lui avait toujours paru impossible de se prononcer à coup sûr sur leur nature.

M. Malassez ajoute : « Dans le cas de M. Darier, et c'est à mon avis ce qui fait son plus grand intérêt, il ne semble pas y avoir, comme dans ceux dont je viens de parler, de doute possible, soit sur la nature des corps cellulaires en question, soit sur leur rôle pathogénique; ce sont bien des psorospermies, ce sont elles qui ont été cause de la maladie cutanée observée. La psorospermie du malade de M. Darier serait donc pour l'épiderme et la peau ce qu'est la psorospermie du lapin pour l'épithélium des canaux biliaires ou le foie. »

Enfin, dans la séance du 13 avril 1889, M. Darier a annoncé qu'il avait réussi à cultiver ces parasites

sur du sable humide; il a ainsi obtenu le développement de kystes sporifères qui se colorent en brun violacé par la solution iodo-iodurée; c'est une preuve qu'il s'agit bien d'organismes vivants de la classe des sporozoaires.

La découverte de ces psorospermies éclaire immédiatement la genèse de ces lésions qui semblent envahir peu à peu toute la surface tégumentaire.

Mais comment s'opère la transmission de ces organismes ? Là on ne peut faire que des hypothèses. On est même étonné de ne pas observer la contagion, par exemple dans le cas de notre malade, qui, marié depuis neuf ans, vit avec sa femme; cette dernière, en effet est absolument indemne de toute dermatose.

Description de la maladie

C'est d'après trois observations que nous établissons la description clinique de cette affection.

Les sujets ne sont pas tous également avancés dans la maladie. La malade de M. Darier est atteinte depuis trois ans; notre sujet depuis huit ans. Le malade de M. Lutz était observé sept ans après le début de ses lésions. Nous pourrons ainsi établir les principales étapes que franchit l'affection dans son évolution.

Dans les trois cas, à l'époque où il a été donné de les observer, les lésions avaient envahi la plus grande étendue de la surface tégumentaire, c'est donc une affection généralisée. Il y a néanmoins des points d'élection où les lésions atteignent leur maximum de développement ou du moins de confluence; le cuir chevelu, la ceinture, la région interscapulaire, la région présternale, la région mammaire, le creux axillaire, les plis inguinaux, voilà les points qui chez tous étaient particulièrement atteints.

Dans l'étude de M. Darier, la lésion élémentaire est fort bien décrite; chez notre malade, comme chez celui de M. Lutz, l'affection avait fait un pas de plus et les lésions étaient profondément modifiées. Aussi, pour la facilité de la description, distinguerons-nous deux périodes à l'affection : une première période ou *période de début ;* une deuxième période ou *période*

végétante, caractérisée par le développement anormal des éléments éruptifs et l'apparition de tumeurs dans les lieux de confluence.

Première période. — Chez la malade de M. Darier l'affection datait de trois ans, elle était déjà généralisée.

Lésion élémentaire. La lésion élémentaire est une petite papule surmontée d'une croûte d'un brun noirâtre ou grisâtre. Cette croûte saillante, amincie, est dure et sèche au toucher; si l'on essaie de l'arracher on constate qu'elle adhère fortement aux téguments; après qu'on a réussi à l'enlever, on voit que c'est une véritable petite corne enchâssée dans une dépression infundibuliforme par une extrémité conique ou cylindrigère, d'un blanc sale, de consistance demi-molle et un peu grasse au doigt.

La dépression de la peau qui reçoit cette extrémité est un petit entonnoir à bords un peu saillants, papuleux : il correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé. Quelquefois même, un poil subsiste à l'arrachement de la croûte.

Notre malade présentait, notamment dans la région dorsale, des éléments un peu différents; en ce point on trouvait des orifices pilo-sébacés dilatés et, profondément enchassée dans ce follicule, la substance sébacée cornée.

Aux foyers de confluence, on découvre, sur la peau, une couche brunâtre ou terreuse, plus ou moins grasse au toucher; on a là une série de saillies irrégulières très serrées, et la main perçoit une sensation de râpe très

marquée. Après ablation de cette couche au râclage, on trouve une peau inégale et rugueuse, criblée de petits orifices en entonnoir ; l'épiderme est conservé et il n'y a pas de suintement sanguin.

Chez notre malade, une poussée vient de se produire, envahissant la plus grande partie du membre supérieur avec prédominance du côté de la flexion ; on voit une quantité innombrable de ces petites saillies surmontées de la croûtelle grisâtre et dure, avec les caractères que nous avons donnés plus haut ; mais notons simplement ce fait, que la croûtelle est très petite et que la peau n'est pas recouverte d'une couche brunâtre un peu grasse.

Ces éléments éruptifs, lorsqu'ils sont confluents, donnent un aspect qui varie suivant les régions.

État suivant les régions. — Les deux malades que nous avons observés avaient des *cheveux noirs*, sains et solides ; il n'y avait pas du tout d'alopécie.

Le *cuir chevelu* est recouvert de squammes séborrhéiques abondantes ; en certains points même, de masses croûteuses d'un jaune sale, un peu adhérentes à la peau. Au-dessous de cet enduit, on trouve un état comme lobulé du cuir chevelu : les cheveux, réunis par bouquets, sortent d'orifices communs, à la manière des poils d'une brosse. Autour de ces bouquets il existe un bourrelet circonférentiel, sur lequel la peau est restée à peu près saine et présente une coloration gris-plombé, comme exsangue.

Deux de nos malades présentaient ces lésions ; chez le sujet de M. Lutz, le cuir chevelu était indemne, de même que le front.

Au *front*, les éléments sont isolés, simulant des taches de lentigo chez le malade de M. Darier, mais donnant au grattage la croûte caractéristique plongeant en cône dans l'orifice pilo-sébacé.

A un degré un peu plus avancé, chez notre malade, le front est sillonné de jetées irrégulièrement hypertrophiques, envahissant la portion de peau intermédiaire aux sourcils et à la bordure des cheveux entourant les orifices pilo-sébacés.

La *région temporale* présente des placards croûteux faisant une saillie marquée.

Les *paupières* ne sont pas tout à fait saines ; dans notre cas, on observe quelques éléments éruptifs sur le bord palpébral.

Au nez, les follicules sébacés sont un peu hypertrophiés. Leur orifice est bouché par un comédon.

Dans le *sillon naso-génien* il y a un placard diffus, transition entre l'état normal et l'état pathologique.

Au niveau du *conduit auditif*, on trouve un enduit croûteux jaune, brunâtre très adhérent.

Sur *le dos*, dans la *région interscapulaire*, à la *partie supérieure de la poitrine*, les éléments sont disséminés, formant des saillies brunâtres, avec orifices dilatés ou obstrués par des comédons.

L'*aréole mammaire* ne présente qu'une pigmentation très accentuée.

Au niveau de l'*aisselle*, les éléments éruptifs sont confluents. Chaque poil, pour ainsi dire, émerge d'une croûte brunâtre insérée dans son follicule.

La *ceinture* est le point où les éléments présentent

leur maximum de confluence, formant une large bande horizontale, étendue comme une sangle entre l'ombilic et la base de la poitrine; une autre bande perpendiculaire à la première s'élève verticalement de l'ombilic pour gagner l'espace intermammaire; la couleur de la peau disparaît sous la teinte sombre des croûtes.

Sur les *flancs*, les éléments sont aussi assez confluents; ils l'étaient surtout chez notre malade lorsque, pendant son séjour à Saint-Louis, on a fait son moulage (nº 879, 1880).

A la *région inguinale*, à cette période, les éléments ne sont ni plus confluents ni plus saillants.

Sur les *membres*, les papules vont se disséminant de haut en bas. Il n'en est plus de même sur notre malade; une poussée, qui s'est faite il y a trois semaines, a envahi presque complètement les membres supérieurs.

A la *face dorsale des mains* et jusque sur les premières phalanges, on trouve un état lichénéide dû à la présence de petites saillies sans croûtes ni dilatation de l'orifice pilo-sébacé; cet état n'est pas mentionné dans la thèse de M. Lutz.

A la *face palmaire*, c'est une multitude de petits pertuis situés au sommet des crêtes papillonnées; chez la malade de M. Darier on remarque, dans cette région, des petits points de couleur jaunâtre, très abondants, du volume d'une pointe d'épingle ou d'un grain de millet, transparents comme de fines vésicules, les uns très légèrement saillants, les autres déprimés. Ces granulations sont probablement un épaisissement de la couche cornée écrasant les papilles et déviant les crêtes papillaires.

Ces lésions palmaires ne sont pas non plus signalées chez le malade de M. Lutz.

En résumé, dans cette première période, l'élément éruptif est celui que nous avons décrit plus haut : une papule surmontée d'une croûte. Cet élément se modifie un peu suivant les régions ; tantôt la croûte est extrêmement petite par rapport à la papule, tantôt la croûte semble exister seule, formant une nappe à la surface de la peau. En aucun point, on ne trouve de saillie marquée, de tendance à la végétation, qui constitue le caractère de la seconde période.

2° Période végétante. — Nous avons, comme types de cette période, le malade de M. E. Besnier et celui de M. Lutz.

Examinons d'abord la végétation elle-même. Ce sont les éléments que nous avons vus à la première période qui se sont développés outre mesure ; ils constituent des saillies rougeâtres de la dimension d'une lentille ou plus, de forme irrégulière ; le sommet présente une dépression, pertuis cratériforme circonscrit par un bord annulaire, épais, lisse. En certains points ce bord est dépourvu de son épiderme et apparaît exulcéré ; la pression de cette masse fait sourdre, par l'orifice, de la matière sébacée pure ou mélangée à du pus.

Ces éléments se groupant, devenant confluents, forment des masses beaucoup plus volumineuses, véritables tumeurs.

Ils se rencontrent dans les principaux points de con fluence que nous avons signalés, *cuir chevelu, face,*

région dorsale, région pré-sternale, paroi abdominale antérieure, région axillaire. C'est dans la région *hypogastrique,* au *pli de l'aine* et à la *région anale,* que l'on trouve les tumeurs dont nous avons parlé.

A la *face,* ils existaient chez le malade de M. Lutz; les joues étaient tuméfiées et boursoufflées. Une masse de ces tumeurs existait à la région *zygomato-maxillaire.*

Dans le *conduit auditif,* au *cou,* à la *nuque,* on trouve des tumeurs semblables.

Dans toute la hauteur de la *région dorsale,* sur une largeur de plusieurs travers de doigts, il existe, chez notre malade et celui de M. Lutz un placard de coloration rouge violacée formé d'éléments confluents séparés par des sillons. Au niveau de la *région sternale* il y a une plaque analogue.

Au niveau du *mamelon,* mais seulement chez le malade de M. Lutz, on trouve : « Une production qui, en raison de sa forme pédiculée, retombe flasque et pendante sur le côté de la poitrine; cette production mesure quinze centimètres de la base au sommet, huit centimètres de diamètre à la base et cinq à son sommet. Sa surface est profondément fendillée, de manière à présenter les caractères d'une mûre; sa base, de la grosseur d'une pomme, exerce sur les téguments voisins des tiraillements qui leur donnent l'apparence de pattes de crabe. Le mamelon du côté gauche présente les mêmes lésions, mais moins marquées. »

Dans le *creux axillaire,* il y a aussi des éléments hypertrophiques comme à la région dorsale.

Mais c'est surtout à la *région hypogastrique, dans le pli inguinal* et sur les *bourses* que l'on trouve l'aspect le plus végétant. Au-dessus du pubis, il y a deux tumeurs du volume d'une mandarine, presque contiguës sur la ligne médiane, séparées seulement par un sillon vertical parti de la racine de la verge : ces deux masses d'aspect blanc grisâtre, parsemées de points rouges où l'épiderme n'existe plus, sont formées de beaucoup des petites tumeurs végétantes que nous avons décrites, confluentes mais séparées par des sillons profonds, présentant à leur sommet un orifice plus ou moins large : en beaucoup de points ces orifices sont exulcérés.

Toute cette surface est humide, constamment baignée par la sécrétion qui s'écoule des orifices et des points exulcérés. Des masses semblables existent sur les parties latérales du scrotum, et à la racine du membre inférieur.

La sécrétion séro-purulente est très fétide.

Cette seconde période s'accompagne de *troubles fonctionnels* assez importants.

Le contact de l'air, le frottement des vêtements sur ces masses en partie dépourvues de leur épiderme, provoquent des douleurs très vives.

La marche est aussi très pénible à cause de l'abondance des végétations sur les bourses et dans le pli génito-crural.

Notre malade traverse en ce moment une période douloureuse : les souffrances sont assez vives pour empêcher le sommeil : depuis quelque temps l'appétit a diminué et il survient de l'amaigrissement.

Chez le malade de M. Lutz, on trouvait en beaucoup de points (*Région zygomato-maxillaire* droite, *région dorsale, membres inférieurs*), des *cicatrices* plus ou moins anciennes. Il est possible que ce soient des vestiges d'abcès survenus dans ces masses végétantes à la suite d'applications de topiques septiques ou irritants.

Marche

Dans les trois cas que nous connaissons, les malades sont venus consulter, alors que déjà ils portaient des lésions généralisées et bien accentuées.

Le mode de début de l'affection nous est donc tout à fait inconnu. Le malade de M. Lutz affirmait que ses lésions avaient commencé à la face.

Si l'on tient compte du développement acquis par les lésions en certains points, on sera porté à admettre que les parties primitivement atteintes ont été la région sternale, la région dorsale, le pli de l'aine ; les membres auraient été envahis plus tard.

Cette lésion semble avoir une marche continue et progressive : commençant par des éléments papulo-croûteux, d'abord isolés, puis confluents, qui envahissent peu à peu la surface cutanée, gagnant de proche en proche les follicules sébacés.

Quand survient la deuxième période ? Quand commencent les végétations ? Nous n'avons pas de données qui nous permettent de le dire.

L'affection n'a aucune tendance naturelle à la guérison.

Le malade de M. Lutz a été emporté par son mal de Bright. Le malade de M. Besnier et la malade de M. Fournier sont encore bien portants et rien ne fait présager une terminaison prochaine.

La durée de cette affection semble donc indéfinie, si un traitement ne vient entraver le développement des lésions.

Diagnostic

Quand l'affection a atteint son complet développement, le diagnostic semble assez facile : la topographie des lésions avec leurs localisations principales au niveau du cuir chevelu, à la face, dans les régions dorsales et sternales, sur l'abdomen, au niveau de la ceinture, dans le creux axillaire, le volume énorme que ces tumeurs atteignent dans la région pubienne, ne se rencontrent dans aucun autre cas.

Nous croyons superflu d'énumérer les signes qui différencient cette affection du lichen pilaire, de l'Ichthyose pilaire, de l'acné comédon, de l'acné cornée, toutes affections caractérisées par la présence, dans l'orifice pilo-sébacé, d'un cône de substance sébacée plus ou moins desséchée ou de cellules épidermiques desquamées et agglutinées par de la matière sébacée. Aucune de ces maladies ne revêt l'aspect clinique de l'affection que nous venons de décrire.

On ne pourrait pas songer à une acné hypertrophique, car les lésions prédominent dans des régions relativement pauvres en glandes sébacées (aine), et elles sont peu marquées au nez, lieu d'élection de l'acné hypertrophique.

Il nous resterait à faire le diagnostic avec les quelques faits que nous avons pu recueillir dans la littérature étrangère.

Parmi ces affections difficiles à diagnostiquer, celle qui

prêterait le plus à la confusion est ce que Lebert (1), Erasmus Wilson (2), Elliot (3), Neely (4) ont décrit sous le nom d'Ichtyose sébacée, de kératose folliculaire.

Lebert définit ainsi cette affection : « Une espèce de séborrhée qui diffère de la séborrhée ordinaire en ce qu'elle est accompagnée par une exfoliation plus étendue de l'épithélium des glandes sébacées. » La kératinisation est, pour lui, secondaire, elle résulte de la dessiccation de la matière sécrétée.

Il y a peu de descriptions de kératose sébacée, soit dans les livres, soit dans les journaux. L'observation la plus remarquable est celle d'Erasmus Wilson qui est rapportée par Lebert, et celle de Morrow (5) que nous relatons plus bas.

Elliott dit que Biefel, sous le nom de fausse ichtyose, et Schwimmer, sous celui de séborrhée universelle, décrivent chacun un cas parfaitement semblable à celui

(1) LEBERT. — *Loco citato.*
(2) E. WILSON. — *Loco citato.*
(3) ELLIOTT. — *Loco citato.*
(4) NEELY. — *Loco citato.*
(5) OBSERVATIONS DE MORROW. — *Keratosis follicularis avec leucoplasie buccale* (MORROW) : *New-York medical Record*, 21 septembre 1886, p. 204).

Marin de 21 ans, observé en décembre 1885. Cinq ans auparavant, peu après avoir commencé à naviguer, il remarque un certain nombre de points noirs sur le dos des mains.

Des points semblables apparaissent bientôt en d'autres régions ; diminuant pendant le séjour à terre, ils augmentaient quand le malade reprenait la mer. Toute la surface du corps, sauf la face et les régions palmaires et plantaires était le siège de lésions folliculaires. Les conduits sébacés étaient remplis par des corps ressemblant à des comédons, dépassant la surface cutanée de plus d'un quart de pouce. De petits poils blancs sortaient de quelques follicules. Les comédons, quand on les expulsait, étaient durs et secs. Au-dessous de la portion dure le comédon se prolongeait par une substance adhésive plongeant profondément dans le follicule.

Pas de démangeaisons, pas d'irritation, pas de suppuration.

de Wilson; d'après Elliott, leurs descriptions, remarquables par leur netteté et leur exactitude, ne laissent aucun doute sur l'origine sébacée et la nature de cette affection.

La maladie peut être caractérisée par quelques placarts disséminés.

Elle se manifeste d'abord par une augmentation considérable dans la sécrétion de la matière sébacée; étalée à la surface de la peau, la couche de sébum s'épaissit peu à peu jusqu'à former des croûtes dures et sèches. Ces croûtes, grises d'abord, deviennent brunes, puis d'un brun verdâtre, à cause de la présence des poussières et du pigment qui sont mélangés au sébum. Ces croûtes ne sont pas régulières, elles se brisent en fragments, durs et secs dans les parties exposées à l'air, doux et humides dans les points en contact avec la peau. Au-dessous des croûtes, la peau, à part un peu de rougeur, présente son aspect normal, mais les conduits sébacés sont dilatés.

Elliott préfère à la dénomination d'ichtyose sébacée celle de kératose, pour les raisons suivantes : l'apparence cornée est secondaire et due à la dessiccation du sébum, tandis que dans l'ichtyose il y a un développement anormal de véritables cellules épidermiques. De plus, la kératose n'est pas héréditaire, elle n'est pas congénitale, on la voit apparaître à un âge assez avancé. Enfin, elle n'est pas généralisée forcément à toute la surface cutanée; il y a donc là pour Elliott une affection distincte de l'ichthyose.

Il y a enfin le cas de Lesser (1). Lesser caractérise du

(1) Lesser-Ziemssen. — *Handbuch der Hautkrankheiten, Erste Hälfte*, p. 477.

nom d'ichtyose folliculaire les lésions suivantes : « D'innombrables follicules s'élèvent des saillies cornées fines, dures, ayant jusqu'à un millimètre de longueur, de couleur blanchâtre ou grise ». Les lésions siégeaient au cuir chevelu, aux sourcils, sur le nez, sur les membres, du côté de l'extension surtout. La main percevait la sensation « que donnerait la face dorsale d'une feuille couverte de piquants, telle qu'une feuille de rose ».

Pour Guibout (1), il faut voir dans l'ichtyose sébacée une affection inhérente aux glandes sébacées, essentiellement différente de l'ichtyose, qui est une affection épidermique. C'est, pour lui, de l'acné sébacée cornée; les piquants, les pointes dures et acérées sont constituées par de la matière sébacée, accumulée, concrétée, durcie, cornée, qui a conservé, hors des conduits excréteurs, la forme que ces canaux lui avaient donnée quand elle était retenue dans leur intérieur.

Nous avouons que l'interprétation de ces diverses observations est fort difficile ; nous croyons cependant qu'il n'y a pas là une affection analogue à celle que nous décrivons.

On ne trouve pas la même généralisation des lésions, même après douze ans de durée (cas de Neely).

Les lésions manquent presque dans tous les points que nous avons signalés comme des lieux d'élection ; elles existent, au contraire, dans des régions telles que les poignets, les pieds, l'épaule, qui étaient indemnes chez nos malades.

Dans ces cas aussi, la peau était saine, sauf dans l'ob-

(1) Guibout. — *Nouvelle leçon clinique sur les maladies de la peau*, p. 662.

servation de Neely. On ne parle même pas de dilatation des orifices folliculaires pilo-sébacés. Surtout on n'a pas rencontré les tumeurs du pli de l'aine, de l'anus, etc., qui étaient si marquées chez nos malades.

L'*Acné varioliforme* de Bazin, *Molluscum contagiosum* de Bateman, ne sera pas confondue avec la psorospermose de Darier. Siégeant surtout à la face, rarement généralisée, cette acné n'atteint jamais le même degré de confluence.

La forme des tumeurs n'est pas la même. Leur coloration *blanc de cire* diffère aussi beaucoup de la teinte un peu violacée des végétations que nous avons signalées au pli de l'aine.

Les difficultés du diagnostic sont singulièrement amoindries depuis la découverte du parasite qui donne lieu à ces lésions.

On ne pourrait confondre la psorospermie qu'avec le parasite du molluscum contagiosum, mais l'erreur est bien difficile, à cause de la différence de volume des deux parasites. Le diamètre des globes du molluscum est trois fois plus grand que celui de la psorospermie (M. Darier).

Dans tous les cas difficiles à interpréter, on devra faire la recherche du parasite. Voici le procédé recommandé par M. Darier : Prendre un peu de la corne contenue dans l'orifice du follicule, la dissoudre dans l'eau ou dans la solution iodée, soit directement, soit après macération dans de l'ammoniaque diluée. On voit que les parties superficielles de la corne sont formées uniquement de petits grains brillants, réfringents, entre lesquels persiste un certain nombre de cellules

épidermiques qui sont kératosées et conservent entre elles l'empreinte des grains. Dans les parties profondes, plus molles du comédon, on trouvera des parasites sous forme de corps durs, ronds, entourés d'une membrane réfringente et renfermés le plus souvent dans des cellules épidermiques dont le noyau se trouve refoulé sur le côté.

Ces parasites prennent, sous l'influence de l'iode, une teinte jaune brunâtre, qui tranche sur la teinte faiblement jaunâtre des cellules épidermiques.

Pronostic

Pendant la première période, l'affection n'a pas de gravité ; il n'existe pas de troubles fonctionnels. L'inconvénient principal résulte de ce que le visage, parsemé d'éléments éruptifs grisâtres, a pris un aspect un peu repoussant. Lorsque se développent les tumeurs dans les de foyers confluence, les douleurs, la gêne dans la marche, la fétidité des sécrétions viennent donner à cette maladie un pronostic sérieux. Quant au pronostic ultime, il est un peu aggravé par la tendance que présentent ces tumeurs à évoluer dans le sens épithélioma ; mais là il y a malignité locale sans généralisation jusqu'ici, sans participation des ganglions lymphatiques.

Traitement

M. E. Besnier avait attaqué, au moyen du savon de potasse soufré, salicylé, les lésions les moins avancées de notre malade, les lésions des membres par exemple. L'effet obtenu par les premières applications était satis-

faisant ; les élevures croûteuses avaient disparu, la peau avait repris son aspect lisse; c'est à ce moment que le malade a quitté l'hôpital.

Cette année on a constaté, à sa rentrée, que les lésions avaient reparu. Peut-être les mêmes topiques, appliqués pendant un temps plus long, pourraient-ils amener un résultat favorable.

Avec les données que l'on a à présent sur la nature psorospermique de l'affection, on est autorisé à faire, comme le propose M. Darier, des applications de substances anti-parasitaires: pommade d'Helmérich, lotions de sublimé, etc.

A la période où l'on rencontre les tumeurs volumineuses, les applications irritantes pourraient devenir dangereuses.

Peut-être arriverait-on à détruire ces végétations par des cautérisations ignées. On devrait plonger une pointe de galvano-cautère à une profondeur de quelques millimètres dans chacun des orifices dilatés, en laissant l'instrument au contact des tissus pendant une à deux secondes: chaque région serait ainsi attaquée en plusieurs séances. Immédiatement après la cautérisation et pendant les jours suivants, on maintiendra, sur les points en traitement, des cataplasmes de fécule faits à l'eau boriquée. A la place des cautérisations on pourrait tenter la destruction par le raclage à la curette ; comme adjuvant on pourra donner chaque semaine un ou deux bains alcalins.

Enfin on ne négligera pas le traitement reconstituant, si l'état général n'est pas satisfaisant.

OBSERVATIONS

Observation I. — Communiquée par M. J. Darier.

La nommée Louise Am., âgée de 30 ans, entre le 14 avril 1888, dans le service de M. le professeur Fournier, pour s'y faire traiter d'une affection cutanée dont elle est atteinte depuis trois ans. Cette affection, qui au premier abord semble de nature séborrhéique, est étendue à toute la surface du corps, mais présente des foyers de confluence remarquables au cuir chevelu, aux tempes, à la ceinture, aux plis axillaires et inguinaux.

L'élément éruptif, tel qu'on le rencontre à l'état d'isolement et dans toute sa pureté, sur les flancs par exemple, est constitué par une papule recouverte d'une croûte. La croûte est généralement d'un brun noirâtre ou grisâtre, non aplatie mais saillante, acuminée, de consistance dure et sèche. Quand on cherche à l'enlever par le grattage avec l'ongle ou bien en la saisissant avec une pince, on reconnaît qu'elle est assez adhérente aux téguments : a-t-elle cédé à l'effort mécanique, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'une croûte, mais d'une véritable petite corne, enchâssée dans une dépression infundibiliforme de la peau, par une extrémité conique ou cylindrique, d'un blanc sale, de consistance demi-molle et un peu grasse. L'entonnoir qui lui servait de réceptacle a généralement les bords un peu saillants, papuleux, et correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé, d'où l'on voit parfois s'élever un poil qui subsiste à l'arrachement de la croûte.

En nombre de points, et notamment aux foyers de confluence précédemment signalés, les éléments éruptifs sont agglomérés en placards. On trouve alors une couche brunâtre ou terreuse, d'aspect plus ou moins gras, qui recouvre la peau. Elle est formée de saillies irrégulières,

très serrées les unes contre les autres, donnant au doigt qui les frôle la sensation d'une râpe. Vient-on à l'enlever, partiellement au moins, par le raclage, ce qui est assez laborieux et provoque chez la malade un certain degré de douleur, on trouve, au-dessous de la matière sébacée concrète qui constitue la croûte, la peau inégale et rugueuse, criblée de petits orifices en entonnoirs, mais non saignante ni dépouillée de son épiderme.

Après avoir donné une description sommaire des éléments constituants de cette affection cutanée, il importe de spécifier l'état des diverses régions.

Au cuir chevelu il n'existe aucun point alopécique ; les cheveux de couleur très foncée, gras au toucher, sont clairsemés, médiocrement abondants, mais ne s'arrachent pas facilement. La peau est recouverte de masses croûteuses épaisses, dont la couleur varie du jaune sale au gris, adhérant intimement au cuir chevelu, et à travers lesquelles les cheveux se fraient un passage, soit isolément, soit par petits groupes. Ces croûtes se désagrègent à la surface et poudrent, pour ainsi dire, la chevelure de petites squamules très abondantes. Quand on parvient à les enlever, on trouve au-dessous la surface cutanée inégale, saillante autour des orifices pileux, d'un gris plombé et comme exsangue.

La région temporale, les sillons naso-géniens, la lèvre supérieure, le menton sont le siège de placards croûteux, dont les saillies sont peu marquées, mais dont le contenu donne à la face un aspect sale, repoussant. Sur le front, entre les placards temporaux, se voient des éléments isolés qu'on pourrait prendre de loin pour des taches de lentigo, mais au niveau desquels le doigt perçoit, quoique atténuée, la sensation de saillies rugueuses; par le grattage on détache des saillies une croûte qui s'enfonce en coin dans un follicule pilo-sébacé. Sur le nez et sur les joues la matière séborrhéique concrète fait défaut, mais les follicules sébacés sont un peu hypertrophiés, leur orifice appréciable à la vue, contient du sébum un peu coloré à sa surface. Cet état, plus accentué à mesure que l'on se rapproche des placards naso-géniens, dont la limite est d'ailleurs diffuse, ne permet pas le moindre doute sur le siège folliculaire de la maladie, et constitue une sorte de transition entre l'état normal et l'état pathologique que nous avons décrit.

Notons encore que les croûtes, d'ailleurs peu épaisses et peu colorées du menton, reposent sur un fond rosé, congestif, qui n'existe qu'en ce point. L'aile droite du nez présente une déformation cicatricielle dont on trouvera plus loin l'explication.

Au menton, la lésion est la même qu'au front, mais l'ensemble de la région présente une teinte plus rosée due à un certain degré de congestion de la peau.

Les conduits auditifs, dans leur portion directement accessible à la vue, sont tapissés d'un enduit croûteux d'un jaune brunâtre, très adhérent.

Au dos, sur les épaules et le cou, sur la partie supérieure de la poitrine existent des lésions de même nature mais plus disséminées, sous formes de petites saillies brunâtres. Il existe en outre sur les épaules, en arrière, de nombreux comédons et des follicules sébacés dilatés; l'acné ponctuée, ici comme à la face, coexiste avec l'acné cornée, sans qu'on puisse affirmer que l'une conduise à l'autre dans son évolution.

L'aréole des seins est fortement pigmentée, mais d'ailleurs normale.

Dans les creux axillaires au contraire on trouve des foyers de confluence de l'éruption, et, pour ainsi dire, chaque poil de la région émerge d'une croûte brunâtre qui s'insère profondément dans son follicule.

Un autre foyer de confluence, le plus apparent certainement, sinon celui où les éléments pathologiques sont les plus développés, se trouve à la ceinture, au niveau du frottement du corset, formant une large bande transversale entre la base de la poitrine et la région ombilicale, haute de quatre travers de doigts. De cette bande s'en détache une autre qui monte verticalement entre les seins et s'arrête à trois travers de doigt de la fourchette sternale. Ce sont des traînées de petites saillies confluentes, au point que la couleur naturelle de la peau disparaît sous la teinte rouge des croûtes. Pourtant le grattage ne détache qu'avec peine des bouchons pénétrant dans l'orifice des follicules. Un examen attentif permet de reconnaître que ces follicules ne sont pas seuls atteints par la maladie. Dans cette région, en effet, les follicules sont assez distants les uns des autres, et la croûte y est cependant très

confluente. Manifestement donc la lésion a débordé et envahi l'épiderme qui sépare les follicules.

Sur les flancs et sur les lombes, les éléments se dispersent. Enfin, dans les régions inguinales et au pourtour de l'anus on retrouve de véritables foyers de confluence. Il faut noter que les éléments ne sont pas notablement plus saillants dans l'aine et à l'hypogastre qu'aux flancs par exemple.

Quant aux membres, l'éruption y va en dégradant à mesure qu'on s'éloigne de leur racine : peu marquée aux bras et aux cuisses, elle s'éteint sur les avant-bras et aux jambes.

L'état des mains mérite une mention spéciale. Sur leur face dorsale, la malade affirma avoir eu des croûtes en tout semblables à celles du tronc ou de la face; on n'y trouve qu'un semis de très petites saillies rosées qu'on prendrait pour de minuscules verrues.

Sur la face palmaire des deux mains et de tous les doigts, on constate l'existence d'une quantité innombrable de petits points de couleur jaunâtre. C'est moins par leur coloration que par le trouble que leur présence apporte à la régularité des crêtes papillaires qu'ils sont apparents. Gros comme une pointe d'épingle, ou comme un grain de millet pour les plus volumineux, ils sont tout à fait transparents, comme le seraient de minuscules vésicules. Quelques-uns forment une très légère saillie, d'autres sont plutôt déprimés; leur consistance dure, leur éclat et leur coloration les fait reconnaître pour des épaississements de la couche cornée, écrasant en déviant les papilles à leur niveau, interrompant par conséquent la continuité d'une ou de deux, parfois de trois crêtes papillaires. Ces nodules cornés sont fondus dans le revêtement épidermique corné de la région; ils ne desquament pas et ne sauraient être extirpés.

La malade, qui est porteuse de cette lésion cutanée, n'offre rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Parmi ses ascendants ou collatéraux, on ne relève l'existence d'aucune maladie cutanée, mais sa mère étant morte poitrinaire, elle paraît avoir hérité de la diathèse qui s'est manifestée par toute une série d'accidents scrofuleux. Des ophthalmies dans le jeune âge ayant laissé des taies encore très gênantes pour la vue sur l'œil gauche; des adénites suppurées et vers

l'âge de dix ans des abcès au bras droit dont il subsiste des cicatrices. Deux ans après, elle fut atteinte de fièvre typhoïde, et plus tard d'écoulements d'oreilles.

En 1885, apparut un lupus du nez, soigné à ce moment à Lyon par des scarifications et l'ignipuncture, et la maladie ayant récidivé, par M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, où le même traitement fut continué jusqu'à guérison presque complète. Il ne reste plus de ce lupus qu'une cicatrice avec perte de substance de la narine droite.

Enfin des accidents vénériens de diverse nature vinrent encore compliquer ce tableau pathologique. Pendant son séjour à Lyon, en 1885, elle fut traitée par M. Morand, en même temps que de son lupus, d'une blennorrhagie et d'une syphilis récente. Le chancre, au dire de la malade, ne put être retrouvé, et elle ne se souvient pas d'avoir eu des boutons ou des taches sur le corps, mais il paraît y avoir eu des syphilides vulvaires non douteuses, puisqu'un traitement par le proto-iodure fut institué et continué pendant six mois.

Quant à la maladie cutanée qu'elle présente actuellement, elle affirme n'en avoir constaté aucune trace dans son enfance et pendant l'adolescence. Ce ne serait qu'en 1885, deux ou trois mois après le début (d'ailleurs impossible à préciser) de la syphilis, qu'auraient apparu les lésions croûteuses. A deux reprises, celles-ci ont en grande partie disparu, à Lyon, sous l'influence d'un traitement par le savon vert et une pommade soufrée, et dans le service de M. Besnier, sous l'influence d'une pommade au savon mêlé d'onguent de Vigo. Ces applications réussissaient à nettoyer la peau, mais à la place de l'endroit croûteux restaient des plaques rougeâtres sur lesquelles l'enduit ne tardait pas à se régénérer.

La malade a fait dans le service de M. Fournier un séjour de trois mois environ et une thérapeutique analogue avait amené un résultat du même genre lorsqu'elle quitta brusquement l'hôpital.

Son moulage a été pris de la région temporale et du flanc, et déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 1343.

Observation II. — (Personnelle.)

Un homme de 41 ans, relieur, entre dans le service de M. Ernest Besnier, le 27 janvier 1888, pour une affection cutanée étendue à une grande partie de la surface tégumentaire. Voici, par régions, l'exposé des caractères principaux.

a). *Cuir chevelu.* — Squames séborrhéiques abondantes et étendues à toute la surface. La peau nettoyée de ces squames présente un état comme lobulé du cuir chevelu ; réunis par bouquets, les cheveux sortent d'orifices communs à la manière des poils d'une brosse.

Autour de ces bouquets de poils existe un bourrelet circonférentiel, sur lequel la peau est restée à peu près saine, seule différence entre ce qui existe au cuir chevelu et au pubis.

Sur la bordure du cuir chevelu, là où les poils complets font place aux follets intermédiaires, on reconnaît que cette bordure saillante forme des jetées, plus ou moins irrégulièrement hypertrophiques, sur la portion de peau qui est intermédiaire aux sourcils et à la bordure des cheveux. Ces saillies entament aussi les orifices sébacés-pilaires.

Les cheveux régulièrement noirs, sains, ne sont pas tombés.

On reconnaît à l'œil ou à la loupe les orifices folliculaires, soit à une dépression, soit à un point noirâtre, et, si l'on vient à presser, on fait sortir une substance vermicelliforme blanche, un véritable comédon.

b). *Face.* — A la face il y a une surface à peu près libre, sur les deux paupières et sur un espace qui s'étend depuis l'angle externe de l'œil gauche jusqu'à la région pilaire pré-parotidienne. Mais tout le nez, tout l'espace qui sépare l'aile du nez du pli sous-palpébral, est occupé par une masse confluente, saillante, d'éléments hypertrophiques présentant le point central avec comédon.

Les bords palpébraux portent quelques éléments semblables.

Aux oreilles, le lobule est presque complètement libre ; sur la conque et le pavillon, on trouve, à l'orifice des saillies pilaires, les mêmes lésions.

La langue est recouverte sur toute sa surface d'un enduit réticulé blanc d'argent, sans hypertrophie papillaire, sans traces de glossodynie.

Rien à la face interne des joues.

c). *Région dorsale.* — Dans toute la hauteur du dos et des lombes et sur une largeur de plusieurs travers de doigt, de part et d'autre de la ligne médiane, existe un vaste placard d'une coloration rouge un peu violacée, formé par la confluence des mêmes éléments que l'on rencontre à la face. La pression dénote, là aussi, la présence des comédons caractéristiques.

A quelque distance de la ligne médiane, les éléments sont plus disséminés, moins volumineux et moins rouges. Quelques-uns sont recouverts de croûtes, d'autres présentent seulement une légère croûtelle grisâtre à leur sommet.

d). *Région sternale et épigastrique.* — A la partie antérieure du tronc, les éléments sont confluents au niveau de la ligne médiane dans une largeur de plusieurs travers de doigt.

Ils forment ainsi une bandelette étendue depuis la fourchette du sternum jusqu'à l'ombilic ; sur le thorax, ces éléments se dispersent en s'éloignant de la ligne médiane. Au niveau de l'épigastre et de l'ombilic ils présentent un nouveau centre de confluence : ils constituent là une large ceinture de la région lombaire à la zone péri-ombilicale.

Dans tous ces points, la main, passée à la surface de la peau, perçoit une rudesse extrêmement marquée, comparable à une sensation de râpe.

e). *Ombilic et hypogastre* — A partir de l'ombilic, les éléments font une saillie de plus en plus accentuée, et c'est au niveau de la région pubienne qu'ils atteignent leur maximum de développement.

A l'hypogastre, la peau épaissie est hérissée de saillies rougeâtres de la dimension d'une lentille, de forme irrégulière. Le sommet de ces saillies est formé par un bord annulaire épais, lisse, au centre duquel se trouve un pertuis cratériforme plus ou moins dilaté ; la pression fait sourdre de cet orifice de la matière sébacée pure ou mélangée à du pus. En beaucoup de points, les bords de ces orifices sont dépourvus d'épiderme et apparaissent exulcérés.

f). *Région pubienne.* — Là les éléments encore plus volumineux forment de véritables tumeurs séparées par des sillons profonds. Très confluentes, ces tumeurs remplissent toute la région; elles sont moins

volumineuses en haut vers l'hypogastre; en bas elles s'arrêtent assez nettement à la racine du pénis. Sur le scrotum elles diminuent aussi de haut en bas, formant par leur masse et de chaque côté un triangle à base supérieure, dont le sommet descend jusqu'au tiers inférieur des bourses ; d'autre part, très volumineuses au niveau du tiers interne du pli de l'aine et de la racine du membre inférieur, elles forment ainsi une masse qui borde le sillon génito-crural.

En s'éloignant du pli de l'aine, on voit les éléments se disséminer.

Ces tumeurs sont irrégulières ; quelques-unes hérissées de tubercules ont un aspect mûriforme. A un examen plus attentif, on voit que chacun de ces tubercules présente à son sommet un orifice cutané d'un bord épais. Toute cette surface est humide, constamment baignée par la sécrétion qui s'écoule de ces orifices, donnant lieu à une odeur particulièrement fétide.

Dans le creux axillaire on rencontre les mêmes éléments hypertrophiques avec pertuis central ; ils atteignent le même volume qu'à la région dorsale.

Membres supérieurs. — La face antérieure des bras et des avant-bras présente beaucoup de tumeurs semblables ; leur coloration est d'un rouge grisâtre, leur volume beaucoup moins marqué ; elles sont aussi beaucoup moins confluentes. Au toucher, toute cette région donne la sensation de râpe.

A la face dorsale des mains et des doigts, on note un état grenu, lichénoïde qui, au dire du malade, existe depuis l'enfance. La paume des mains et la face palmaire des doigts sont criblées d'une multitude de petits pertuis situés, comme on peut le voir à la loupe, au sommet des crêtes papillaires.

Membres inférieurs. — Dans toute l'étendue des faces antérieure et postérieure, on retrouve de petites élevures papuleuses, mais encore moins marquées et plus disséminées.

L'état général est très bon; les fonctions des divers appareils s'exercent d'une façon normale.

Il eût été nécessaire, pour détruire les lésions arrivées au degré exubérant que nous avons indiqué, d'avoir recours au traitement mécanique, rugination ou cautérisation à l'aide du thermo-cautère ou de

l'électro-cautère. Mais le malade, ombrageux et n'acceptant qu'à regret le séjour à l'hôpital, se refusait à toute intervention de ce genre; il a donc fallu se borner à une intervention insuffisante, que le patient trouvait encore trop rude et à laquelle il n'a pas tardé à se soustraire en quittant l'hôpital.

Ce traitement a consisté en application, sur les membres, de savon salicylé soufré :

Onguent de Vigo
Savon mou de potasse } ana 50 grammes.
Soufre précipité.

Acide salicylique, 10 grammes..

Vaseline, 50 grammes.

Sur la région pubienne, on maintient en permanence des cataplasmes de fécule. Bains alcalins.

En quelques jours, la pommade modifie profondément les lésions, les avant-bras sont devenus lisses et restent seulement un peu érythémateux.

Aux jambes et sur le tronc, les tumeurs se sont aussi un peu affaissées sous l'influence des bains alcalins. Pour activer leur régression, on saupoudre la région avec :

Poudre d'alun
Poudre de sabine } avec 15 grammes.
Bromure de potassium

Déjà la région s'améliorait quand soudain le malade quitte l'hôpital.

Les antécédents héréditaires de ce sujet présentent peu d'intérêt : le père faisait des excès alcooliques, il est mort à soixante-cinq ans.

Le malade est marié, il n'a pas d'enfants; sa femme, bien portante, n'a pas fait de fausses couches.

Il a eu seulement une blennorrhagie à vingt-un ans. Il y a six ans, il a eu la variole, dans le service de M. le Dr Ollivier, à Saint-Louis.

Le malade ne peut guère donner de renseignements sur le début de son affection Il affirme que c'est depuis deux ans que les lésions prennent de l'extension.

Un moulage de la région latérale gauche de l'abdomen a été pris

en 1888, et se trouve au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 879.

La pièce représente la partie latérale gauche de l'abdomen, la base du thorax et la racine de la cuisse du même côté. L'affection est caractérisée par la présence de papules très confluentes qui remplissent toute la région. Extrêmement rapprochées sur la paroi abdominale, ces papules vont s'espaçant peu à peu vers la base du thorax, la région lombaire et le pli de l'aine. La coloration est d'un brun foncé dans toute la région abdominale, elle s'atténue en haut et en bas. Il est noté, sur l'étiquette, que la coloration a résisté à de nombreux lavages au savon noir. Les papules tranchent un peu sur ce fond par leur teinte légèrement grisâtre. Les éléments papuleux qui constituent ce placard diffèrent un peu suivant les points. A la partie supérieure de la cuisse, se voient de petites taches noirâtres ressemblant à des excoriations. A la base du thorax, se voient nettement des papules faisant une saillie appréciable à la vue et au doigt ; la forme de ces éléments est un peu irrégulière.

Dans la région abdominale, les éléments sont beaucoup plus volumineux, plus larges, leur relief est aussi plus marqué. Au sommet de presque tous ces éléments, on aperçoit une petite dépression ou un petit orifice.

Un autre moulage a été pris à l'entrée du malade salle Bazin. La pièce n° 118 porte comme diagnostic : Inflammation des follicules pilo-sébacés de la peau. (M. LAILLER.)

La pièce représente la partie inférieure de la paroi antéro-latérale gauche, le pli inguino-scrotal et la verge.

Dans la partie supérieure de la pièce, la paroi abdominale a une coloration d'un rouge violacé. Dans la région sus-pubienne, dans le sillon inguino-scrotal et à la racine des bourses, les téguments ont beaucoup augmenté d'épaisseur par le développement de tubercules considérables : ces masses tuberculeuses un peu aplaties, larges de plusieurs centimètres, séparées les unes des autres par des sillons profonds, sont de formes très irrégulières.

Ces tumeurs sont rosées, elles ne sont pas lisses et leur surface est hérissée de tubercules plus petits, du volume de grains de chènevis ou de grains de blé.

Des tubercules semblables se rencontrent, à la périphérie, dans la zone de peau violacée. Presque tous présentent à leur sommet un petit orifice au niveau duquel, en beaucoup de points, on voit sourdre une goutte de pus. A la partie supérieure de la cuisse, on voit de petites papules rouges surmontées d'une pustule.

M. E. Besnier a déposé au musée l'observation du malade, prise par M. Huet, interne de M. Lailler, à l'époque où a été faite la pièce ci-dessus. Nous ne l'avons pas reproduite, en raison de sa similitude presque complète avec celle que nous avons recueillie nous-même. On trouvera également au musée les photographies du malade de la thèse de Lutz, faites *post mortem*, et les photographies du malade à l'époque où nous l'avons observé. Nous reproduisons ces photographies à la fin de notre thèse, M. Besnier a eu l'aimable obligeance de nous les communiquer.

Observation III. — *Extraite de la thèse de M.* Lutz *et résumée.*

G....., de Marseille, âgé de 25 ans, est entré au service de M. Bazin, le 3 avril 1859. Il a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 17 ans. Né de parents sains, il a exercé la profession de coiffeur dans un magasin situé au rez de chaussée et dans de bonnes conditions de salubrité.....

C'est la face qui a été le point de départ des accidents, il y a environ sept ans. Voici ce que nous observons : la face est pâle, comme boursoufflée, et a perdu sa symétrie par le fait de la prédominance des lésions du côté droit ; celles-ci siègent surtout aux deux joues et au cou ; la peau des deux joues est tuméfiée, ridée, flasque et rendue méconnaissable par le travail morbide qui s'est opéré dans son épaisseur ; elle présente un aspect particulier, difficile à rendre, c'est une sorte de masse molle, semée de bosselures, d'enfoncements, de stries ou

raies comme tracées à la pointe d'un stylet, et au milieu de tout cela, des petits points noirs disséminés. Sur la région zygomato-maxillaire droite, existe une de ces tumeurs dont j'ai essayé d'expliquer la formation : cette tumeur est haute de cinq centimètres sur trois de largeur, de couleur rouge livide, d'une consistance molle, pâteuse et nullement fluctuante. Sur cette tumeur se remarquent quelques pertuis communiquant avec les cavités des glandes sébacées, qui, par la pression, laissent échapper le produit de leur sécrétion. Quelques-unes de ces cavités ont suppuré et ont été remplacées par des cicatrices faciles à reconnaître et de bonne nature.

Un assez grand nombre de tumeurs de même nature, mais plus petites, existent sur la partie gauche de la face et dans la cloison du nez. Le nez est surtout atteint à son aile droite, laquelle est tuméfiée et séparée de la face par un sillon profond.

Le front, le menton, les paupières sont exempts d'altérations semblables ; il en est de même du cuir chevelu. Le conduit auriculaire externe gauche contient une de ces tumeurs du volume d'une aveline et étranglée à sa base.

On en remarque aussi à la partie latérale du cou un certain nombre qui sont indurées, agglomérées, en voie de suppuration ; ainsi que des cicatrices très apparentes de tumeurs semblables, qui se sont fondues antérieurement.

Le liquide qui s'en écoule est de consistance séro-purulente, sans odeur bien tranchée.

Toute la région dorsale et la nuque ont été transformées en une plaque immense de tissus dégénérés et hypertrophiés : la peau y a acquis une épaisseur considérable et présente aux yeux un aspect que rien ne saurait rendre exactement; elle est inégale et creusée de sillons profonds qui la divisent en compartiments extrêmement nombreux, en se rencontrant sous les angles les plus divers, ces sillons tranchent d'une façon très nette sur l'apparence générale par une couleur rouge vif et un aspect lisse qui contraste avec l'aspect granulé et blanchâtre des îlots qu'ils circonscrivent.

Dans beaucoup de points, les surfaces sont constituées presque uniquement par la confluence de petites tumeurs arrondies, à large base,

parfaitement distinctes, et formées par la turgescence des glandes sébacées.

Partout ailleurs, c'est un mélange d'éminences de formes et de dimensions variables, entremêlées et séparées par de nombreuses cicatrices.

Notons ici que, d'une manière générale, l'affection n'a pas acquis à la partie antérieure du tronc le développement considérable et uniforme que nous lui avons trouvé à la partie postérieure, ce qu'explique facilement la prédominance dans cette dernière région de l'élément sébacé normal.

Il est cependant de remarquables exceptions à la règle que je viens de poser, je veux parler des régions mammaires et inguino-crurales. Là en effet existent des masses énormes, irrégulières, formées par l'agglomération de masses plus petites représentant autant de glandes malades.

Le mamelon droit a été transformé en une production qui, en raison de sa forme pédiculée, retombe flasque et pendante sur le côté de la poitrine. Cette production mesure quinze centimètres de longueur de la base au sommet, huit centimètres de diamètre à la base et cinq à son sommet. La surface est profondément fendillée, de manière à présenter les caractères d'une mûre ; sa base, de la grosseur d'une pomme, exerce sur les téguments voisins des tiraillements qui leur donnent l'apparence de pattes de crabe.

Sur l'auréole et sur le mamelon du côté gauche, on remarque une altération de même nature, mais à un degré de développement beaucoup moins avancé.

Dans les régions inguino-crurale et pubienne, on remarque une sorte de chaîne non interrompue de monticules très saillants au-dessus du niveau de la peau voisine, productions dont les caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux exposés plus haut.

La verge et le scrotum n'ont pas échappé aux attentions, et leur volume déjà considérable a été doublé ou triplé par l'œdème survenu ces derniers temps.

C'est aux membres que la lésion est le moins prononcée ; presque nulle aux bras, elle se présente aux avant-bras avec tous les caractères

que nous avons assignés à son premier degré : petites saillies coniques, chair de poule sur le côté interne; plus volumineuses et la plupart surmontées de points noirs sur le côté externe : çà et là on rencontre de petites tumeurs pédiculées, phase plus avancée de l'évolution morbide.

On note fort peu de chose aux mains qui, cependant, n'en sont pas intactes ; ainsi nous trouvons un groupe de glandes hypertrophiées dans le premier espace inter-métacarpien, à la face dorsale. Il y en a aussi sur quelques doigts.

Sur les cuisses, la lésion va en diminuant de haut en bas et l'on peut y reconnaître tous les degrés, depuis les cicatrices jusqu'aux tubercules et à l'acné punctata.

Aux jambes, les altérations actuelles sont rares, mais elles sont sillonnées de cicatrices.

Les talons ont presque doublé de volume par le fait du mouvement hypertrophique qui s'est opéré dans la peau de cette région.

Enfin, pour ne négliger aucune particularité, le malade exhale une odeur nauséabonde, semblable à du beurre rance et provenant de la matière sébacée qu'il suinte en si grande quantité.

Son état est devenu des plus graves dans les derniers temps. Sous l'influence de la diathèse qui a provoqué chez lui ce singulier vice de nutrition, dont nous avons décrit les effets, est apparue une terrible complication, je veux parler de l'affection de Bright. De l'œdème s'est montré en même temps, surtout aux membres inférieurs et aux parties génitales. — Il avait aussi de l'albuminurie.

De plus,il était, dans les derniers mois de son existence, en proie à une diarrhée qui a fini par l'épuiser et que rien n'a pu arrêter, le moindre mouvement suffisait pour provoquer des selles dont la fétidité était extrême. Enfin il mourut le 2 mars dernier.

Résumé

1° On a décrit sous le nom d'hypertrophie générale du système sébacé, d'acné sébacée cornée, une maladie généralisée à la plus grande partie de la surface tégumentaire, avec foyers de confluence au cuir chevelu, aux tempes, au front, à la région interscapulaire, à la région pré-sternale, à la région mammaire, à la paroi abdominale, au pli inguino-crural, aux bourses et à l'anus, caractérisée à une première période par de petites saillies brunâtres, plongeant dans les orifices pilo-sébacés, à la façon des comédons ; à une deuxième période, par le développement, aux foyers de confluence, de véritables tumeurs séparées par des sillons profonds, criblées à leur surface d'orifices dilatés, par lesquels la pression fait sourdre du pus ou de la matière sébacée.

2° D'après les recherches récentes de M. Darier, c'est une affection avec parasites, comportant la présence d'animaux inférieurs de la classe des sporozoaires et plus précisément des psorospermies ou coccidies qui se localisent et prolifèrent de préférence à l'orifice des follicules pileux, où ils causent des désordres caractéristiques.

3° Cette affection a une évolution très lente, sa durée est indéterminée, elle n'a nulle tendance à la guérison.

4° Le pronostic comporte une gravité relative, puisque jusqu'ici nul traitement n'a pu améliorer d'une façon efficace l'état de la peau et que, tôt ou tard, surviennent, de par le développement des tumeurs et de par leur exulcération, des troubles fonctionnels importants.

5° La présence des organismes découverts par Darier est de nature à faire progresser la thérapeutique et justifie l'application de topiques antiparasitaires, au moins dans la première période.

La destruction seule pourra être efficace à la période végétante.

TABLE DES MATIÈRES

Vu, le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu par le président de thèse,
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Le Mans. — Typographie Ed. Monnoyer